

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland – gut versorgt?

Von Michael Kölch

Psychische Störungen im Jugendalter sind häufig und bergen unbehandelt oder zu spät behandelt ein hohes Risiko für Chronifizierung und Teilhabebeeinträchtigung. Psychische Probleme und Erkrankungen wirken sich bei Kindern und Jugendlichen in der Regel behindernd auf die allgemeine soziale Entwicklung, das Lernen und die Ausbildung aus, bei Kindern und Jugendlichen entstehen z.B. aufgrund psychischer Störungen Probleme in der Schule oder in der Ausbildung. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter haben ein hohes Risiko wiederzukehren: z.B. erkranken ca. 60% der depressiven Jugendlichen später im Leben wieder an einer Depression oder anderen schweren psychischen Störung (Fombonne et al. 2001).

Nach den deutschen Gesundheitsdaten sind fast 20% aller Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig (Hölling et al. 2014). Gleichwohl sind nicht alle behandlungsbedürftig, die Rate der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen liegt deutlich niedriger bei ca. 6%. Bis zur Pubertät scheinen Jungen vulnerabler für psychische Störungen zu sein, ab der Pubertät zeigt sich eine gewisse Mädchenwendigkeit hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen bei Jugendlichen (Baumgarten et al. 2018). Durch internationale wie durch Untersuchungen in Deutschland ist klar, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen auch einen sozialen Gradienten beinhalten: je geringer z. B. der sozio-ökonomische Status der Familie ist, je mehr Risikofaktoren innerhalb der Familie kumulieren, desto höher ist das Risiko, dass die Kinder eine psychische Störung entwickeln. Das Erleben von sogenannten „adverse childhood experiences“ (ACE), also negativen Lebenserfahrungen stellt einen starken Risikofaktor für die psychische (und körperliche) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar

(Clark et al. 2010). Schwere ACE sind z.B. Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch.

Das Versorgungssystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter ist zwar in Deutschland – auch im internationalen Vergleich – sehr differenziert und gut ausgestaltet, dennoch ergeben sich einige Defizite in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen. Diese sind vor allem bedingt durch systembedingte Schnittstellenprobleme, weniger durch generelle Defizite in den Angeboten; dabei bilden auch Grenzen zwischen den Sozialsystemen eine Barriere für innovative und patientennähere Versorgungsformen. Zusätzlich stellt eine sehr heterogene Versorgungssituation in Deutschland, die sich durch regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit von angemessenen Hilfen und therapeutischen Möglichkeiten kennzeichnet, ein Problem dar.

Versorgungslage von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Die Versorgung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter findet innerhalb eines differenzierten Systems unterschiedlicher Anbieter statt. Die Diagnostik und Therapie findet im Bereich der Krankenbehandlung, also dem Rechtskreis des SGB V mit entsprechenden Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ambulant und stationär, sozialpädiatrischen Zentren, und bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten statt. Daneben gibt es aber auch Versorgung in Bereichen ausserhalb des unmittelbaren Gesundheitssystems, wie im Bereich der Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) oder der Schule und im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGD). Nachdem viele psychische Störungen sich



Michael Kölch

Prof. Dr., Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock

in der Lebenswirklichkeit von Kinder und Jugendlichen bemerkbar machen, sind gerade auch Bereiche wie Schule, Alltag und Freizeit von Kindern und Jugendlichen wichtige Bereiche, in denen psychische Störungen erkannt und adressiert werden können. Diesbezüglich bestehen aber noch Defizite, so werden psychische Störungen im Rahmen der sogenannten „U-Untersuchungen“ bisher nur unzureichend systematisch erfasst, und es bestehen z.B. zwischen der Frühförderung und dem Schulbereich deutliche Schnittstellenprobleme insofern, als eine hohe Gefahr der Diskontinuität von Fördermaßnahmen mit Schuleintritt besteht.

Im Bereich des SGB V sind es vornehmlich Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, die für die Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zuständig sind, sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (APK 2017). Erstere können im Bereich von Kliniken, Institutsambulanzen oder im Bereich der Niederlassung – hier vor allem im Bereich von sogenannten sozialpsychiatrischen Praxen – arbeiten. Inzwischen sind mehr als 1000 niedergelassene Fachärzte in Deutschland tätig, die Mehrzahl in sozialpsychiatrischen Praxen, die eine multiprofessionelle komplexe Behandlung anbieten können. Pro Arzt werden nach Erhebungen der

KBV durchschnittlich 275 Patienten pro Quartal behandelt. Im ambulanten ärztlichen Bereich liegt die Inzidenz neuer F-Diagnosen bei mehr als 253 TSD/Jahr (APK 2017). Institutsambulanzen versorgen insbesondere ebenfalls komplexe und schwere Erkrankungen und verkürzen oder vermeiden stationäre Behandlungen. Zusätzlich sind Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wichtige Versorger für psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie Kinder und Jugendliche versorgen und zum Teil auch über Therapien im Rahmen des SGB VIII tätig sind. In Deutschland sind mehr als 5.000 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig, wobei ein Psychotherapeut nach Angaben der KBV ca. 43 Patienten pro Quartal behandelt.

Außerdem sind Institutionen wie schulpsychologische Dienste, kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, Familien- und Erziehungsberatungsstellen wichtige Institutionen, bei denen psychische Störungen von Kindern auffallen können und ggf. eine Weichenstellung erfolgen kann, um eine fachgerechte Versorgung dieser Kinder zu ermöglichen. Die klinisch-stationäre Versorgung findet in mehr als 150 Kliniken in Deutschland mit mehr als 6000 vollstationären Behandlungsplätzen statt. Die Versorgungsgebiete dieser Kliniken sind dreimal größer als etwa bei psychiatrischen Kliniken für Erwachsene. Dies bedingt für Familien und Patienten einen deutlich größeren Aufwand, um zur Behandlung zu kommen. Eine regionalisierte Versorgung findet zunehmend durch tagesklinische Angebote statt, die vor Ort an der Lebensrealität von Patienten ausgerichtete Behandlungsangebote machen können. Vollstationäre Therapieangebote sind meist dahingehend ausgerichtet, Patienten wieder so weit zu befähigen, ihren Alltag zu gestalten, dass eine ambulante oder tagesklinische Therapie möglich ist. Die Bettenzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken wurde seit den 1990er Jahren deutlich reduziert, inzwischen ist regional wieder ein leichter Anstieg an Kapazitäten feststellbar, vor allem im teilstationären Bereich. Drastisch verkürzt hat sich auch die durchschnittliche Verweildauer, die von mehr als 100

Tagen in den 1990er Jahren auf ca. 35-40 Tage heutzutage sank, und in der sich auch die hohe Quote von kurzdauernden Notfallinterventionen wieder spiegelt (APK 2017). Die Behandlungstage insgesamt haben zugenommen, d.h. mehr Kinder und Jugendliche erleben einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Störung (Plener et al. 2015). Die stationären Behandlungen haben meist einen nachstationären Bedarf an ambulanter Behandlung; zudem erhalten viele Kinder und Jugendliche, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, bzw. ihre Familien Hilfen aus dem Bereich des SGB VIII: bis zu 70% erhalten entweder bereits vor einer Behandlung, bzw. danach Hilfen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe (Beck et al. 2015). Dies zeigt auch die Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe als Rehabilitationsträger für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Umgekehrt ist bekannt, dass gerade Kinder und Jugendliche in stationären

Tatsächlich erhält nur ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten Behandlung. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind oft viel zu lang.

Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen sehr oft psychische Probleme und Störungen zeigen, bis zu 80% weisen eine Diagnose auf (Dölitzsch et al. 2014). Ein großes Problem besteht in Deutschland darin, dass Angebote, die sektorübergreifend ausgestaltet sind, wie aufsuchende Behandlung oder multisystemische Therapie, kaum verortet sind. Dies hat mit sozialrechtlichen Problemen zu tun, aber auch mit der Realität, dass gerade in weniger gut versorgten Regionen – dies sind meist die ländlicheren Regionen – die Versorgungsdichte geringer ist und damit der Aufwand für aufsuchende Behandlung sich deutlich höher gestaltet. Therapiebarrieren und Gründe, warum nicht frühzeitig interveniert werden kann, sind generell fehlende Therapiekapazitäten und die Erreichbarkeit (weite Wege) für eine Diagnostik und Therapie. Aber auch Aspekte von Stigma spielen eine Rolle, sie halten Jugendliche ab, Therapie zu suchen (Gulliver et al. 2010). Tatsächlich erhält nur ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten Behandlung (Plass-Christl et al. 2017). Dies belegen auch Studien des Robert-Koch-Instituts im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Die Wartezeiten auf einen The-

rapieplatz sind dennoch oftmals lang, nach einer Untersuchung der Bundespsychotherapeutenkammer: sie beträgt 3-6 Monate (BPthK 2011). Selbst bei diagnostizierten depressiven Jugendlichen werden nur ca. die Hälfte aufgrund Inanspruchnahmebarrieren behandelt (Essau et al. 2005); gleichzeitig ist ein deutlicher Anstieg der Behandlungskosten festzustellen (Destatis 2010).

Frühe Intervention – effektive Methode gegen schwere Beeinträchtigung

Es gibt eine robuste Evidenz dafür, dass frühzeitige niedrigschwellige Interventionen bei ca. 1/3 aller Jugendlichen, wenn sie leichte Symptome einer psychischen Störung entwickeln, bereits zu einer Besserung führen (Dolle et al. 2015). Gerade diese Interventionen sind aber in Deutschland nur unzureichend systematisch implementiert. Bezogen auf bekannte Faktoren, die das Risiko erhöhen, eine psychische Symptomatik auszubilden, wie etwa psychische Erkrankung eines Elternteils oder Armut und Bildungsferne der Herkunftsfamilie sind die systematische Erkennung von frühen Auffälligkeiten und entsprechende niedrigschwellige aber evidenzbasierte Interventionen auch im Sinne der Prävention in Deutschland noch wenig ausgebildet (Kölch et al. 2014). Da Kinder und Jugendliche vielfältige sensible Entwicklungsschwellen, wie Einschulung, Übertritt auf eine weiterführende Schule, Pubertät, Entwicklung einer eigenen Identität, Ausbildungs- und Berufswahl zu meistern haben, und diese durch psychische Störungen oftmals behindert werden, ist eine frühe Erkennung und eine frühzeitige Behandlung psychischer Störungen in diesem Lebensabschnitt von besonderer Bedeutung für das Zurechtkommen im Alltag auch im späteren Lebensalter.

Transition

Ein weiteres Thema ist der Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Es ist ein gesellschaftliches Phänomen, dass sich die Übergangsphase vom Jugendalter zum Erwachsenenalter verlängert (Seiffge-Krenke 2015). Psychisch kranke junge Menschen sind davon besonders betroffen: bestimmte Störungsbilder treten auch in der Übergangsphase auf, bzw. bedürfen besonderer Behandlung, da entwicklungsmäßig

die Reife bei den Patienten und Patientinnen noch nicht gegeben ist. Gerade, wenn bereits eine psychische Störung vorliegt, ist eine Entwicklungsverzögerung bei der Transition in die Aufgaben des Erwachsenenalters eher die Regel als die Ausnahme. Transitionsangebote sind in Deutschland rar, gerade die Störungen mit einem hohen Risiko für eine Chronifizierung bzw. die Entwicklung komorbider Störungen, wie auch z. B. Störungen des Sozialverhalten, Substanzabusus etc. sind in Deutschland bezüglich kooperativer Angebote zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie nur unzulänglich ausgestattet. Hier bedarf es einer weiteren Konzeptentwicklung und Implementierung von Versorgungsangeboten in der Fläche.

Fazit

Generell ist festzustellen, dass in Deutschland ein differenziertes System der Versorgung von Kindern und Jugendlichen – und ihrer Familien – mit psychischen Störungen besteht, das weit über das Gesundheitssystem hinausreicht. Sowohl im ambulanten wie im teil- und vollstationären Bereich besteht in Deutschland innerhalb des Gesundheitssystems eine umfangreiche Versorgung, die jedoch lokale Unterschiede zeigt; generell ist der ländliche Raum schlechter versorgt als der städtische. Daneben bestehen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch der Frühförderung vielfältige Angebote für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche. Insgesamt ist weniger das Angebot an sich in Deutschland das Problem, das auch im internationalen Vergleich als sehr gut gelten kann, als die Verzahnung an den Schnittstellen und die Orientierung auf aus der Wissenschaft bekannte Gruppen, die ein höheres Risiko haben, eine psychische Störung zu entwickeln. Hier sind passgenaue und evidenzbasierte Ansätze der Prävention und Intervention noch unzureichend in Deutschland implementiert. Zum Beispiel bestehen in Deutschland für Kinder psychisch kranker Eltern zwar vielfältige lokale Projekte, aber keine systematische Versorgung, die regelhaft sowohl zwischen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch weiteren Bereichen, wie der Kita, Schule, oder Kinder-

und Jugendhilfe verankert wäre. Auch im Übergang zum Erwachsenenalter bestehen Defizite in der Versorgung: die Übergänge werden gerade unter dem Aspekt, dass psychische Störungen auch zu Entwicklungsverzögerungen und damit

zu einem „verspäteten“ Erwachsenenwerden führen können, nicht ausreichend gestaltet, so dass nicht wenige Jugendliche und junge Erwachsene zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie „verloren“ gehen. Oftmals sind dies auch junge Menschen, die ohnehin mehrere Belastungen haben, wie junge Menschen in der Kinder- und Jugendhilfe etc. Weitere Gruppen für die Defizite in der Versorgung bestehen sind Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung und Jugendliche mit Substanzabusus (APK 2017).

Innovative Ansätze, wie aufsuchende Behandlung in der Lebenswirklichkeit von Kindern und Jugendlichen, oder familienbezogene ambulante Interventionen zusammen mit Anbietern die zu anderen Sozialsystemen (etwa dem SGB VIII) gehören, sind in Deutschland nicht ausreichend entwickelt, obwohl es hierfür hinreichende Evidenz aus Studien gibt, dass solche Maßnahmen effektiv wären (Boege et al. 2015, Böge et al. 2019).

Literatur

- APK (2017).** Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Abschlussbericht verfasst von Fegert JM, Kölich M, Krüger U, herausgegeben von der Aktion psychisch Kranke e.V., Bonn, www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf
- Baumgarten F, Klipper K, Göbel K, Janitz S, Hölling H (2018).** Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGs-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 60–65
- Beck N (2015).** Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung Eine deskriptive Analyse, *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 43(6):443–51
- Boege I, Herrmann J, Wolff JK, Hoffmann U, Koelch M, Kurepkat M, Luette S, Naumann A, Nolting HD, Fegert JM.** Report on Study Protocol: CCSchool: a multicentre, prospective study on improving continuum of care in children and adolescents with mental health problems associated with school problems in Germany, *BMC Health Services Research*, in press
- Böge I, Schepker R, Fegert JM (2019).** Aufsuchende Behandlungsformen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche Alternativen zur stationären Aufnahme Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. doi: 10.1007/s00103-018-2874-0.
- Bundespsychotherapeutenkammer, 2011 20.10.2016;** Available from: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTKStudie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf.
- Clark C, Caldwell T, Power C, et al. (2010).** Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of Epidemiology* 20:385–94
- Destatis/Statistisches Bundesamt 7.2 2010 (26.02.2016);** Available from: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004.pdf?__blob=publicationFile
- Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A, Kölich M, Schmeck K, Schmid M (2014).** Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23 (3), 140–150
- Dolle K, Schulte-Körne G (2013).** The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 13;110(50):854–60. doi: 10.3238/arztebl.2013.0854.
- Essau CA (2005).** Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*, 22(3): p. 130–137.
- Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M (2001).** The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry.* 179:210–7.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H (2010).** Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1): p. 113.
- Hölling H; Schlack R; Petermann F; Ravens-Sieberer U; Mauz E (2014).** Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 7.2014. S. 811. Heidelberg.
- Kölich M, Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) (2014).** Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. In: Fegert JM, Ziegenhain U. (Hrsg.) Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz 2014. Weinheim: Beltz-Juventa
- Plass-Christl A, Klasen F, Otto C, Barkmann C, Hölling H, Klein T, Wiegand-Grefe S, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U (2017).** Mental Health Care Use in Children of Parents with Mental Health Problems: Results of the BELLA Study. *Child Psychiatry Hum Dev.*; 48(6):983–992. doi: 10.1007/s10578-017-0721-4.
- Plener PL, Straub J, Fegert JM, Keller F (2015).** Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern – Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. *Nervenheilkunde.* 34 (1–2):18–23.
- Seiffge-Krenke I (2015).** „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken, *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63, 165–173.